



1. **Relación legal entre el Centro y los profesionales médicos:** El/la abajo firmante reconoce que todos los médicos y/o cirujanos, incluidos pero no limitados a radiólogos, patólogos, anestesiólogos y médicos de urgencias que prestan servicios al paciente en el Centro son contratistas independientes y no son empleados, en ninguna forma, del Centro. Sus honorarios no se incluyen como parte de la factura del Centro.

2. **Permiso para divulgar información para reembolso:** en la medida necesaria para obtener el reembolso, el Centro puede divulgar cualquier parte del expediente del paciente, incluido su historial clínico, a las partes que el cliente haya identificado como responsables en alguna proporción de los cargos del Centro, incluidos pero no limitado a, compañías de seguros, planes de servicio de salud, aseguradoras de indemnización laboral, administración del seguro social y organizaciones de evaluación del gremio. Usted acepta que para que nosotros podamos pagar nuestra cuenta o recaudar cantidades que usted pueda deber, nosotros podemos contactarlo por teléfono a cualquier número asociado con su cuenta, incluidos números de teléfono inalámbricos que podrán resultar en cargos para usted. También podemos contactarlo enviando mensajes de texto o correos electrónicos, usando las direcciones de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pre-grabados/artificiales y/o uso de dispositivos de marcado automático, según corresponda. El/la abajo firmante ha leído esta autorización y está de acuerdo en que el Prestamista/Acreedor y sus agentes pueden comunicarse conmigo/nosotros en la forma descrita arriba.

3. **Acuerdo Financiero:** El/la abajo firmante acepta, ya sea si firma como agente o paciente, que en contraprestación por los servicios que se entregarán al paciente, él/ella se obliga individualmente a pagar la cuenta del Centro de acuerdo con las tarifas y condiciones normales del Centro. Si la cuenta debe ser derivada a un abogado o agencia de recaudación para obtener el pago, el abajo firmante pagará los honorarios de abogados y gastos de recaudación. Todas las cuentas impagas acumularán intereses a la tasa legal.

4. **Cesión de Beneficios de Seguro:** El/la abajo firmante autoriza, ya firme como agente o paciente, el pago directo al Centro de todo beneficio de seguro pagadero al suscrito por los servicios prestados a una tarifa que no debe superar los cargos normales y usuales del Centro. Se acuerda que el pago al Centro, en conformidad con esta autorización, por parte de compañías de seguro/plan de servicio de atención de salud liberará a dicha compañía/plan de servicio de atención de salud de todas las obligaciones de acuerdo a la póliza por el importe de dicho pago. El/la abajo firmante entiende que él/ella es financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esa cesión.

5. **Planes de Servicio de Atención de Salud:** El Centro tiene contratos con múltiples Planes de Servicio de Atención de Salud. Es responsabilidad del abajo firmante conocer y verificar si los beneficios contenidos en el plan de seguro acordado entre el firmante y su Plan de Servicio de Atención de Salud limitan, reduce o deniega la cobertura de servicios médicos en el Centro. El abajo firmante acepta que él/ella está obligado a reembolsar al Centro por todo deducible, co-pago, sanciones de cobertura o por cualquier servicio prestado que no sea un beneficio cubierto por su Plan de Servicio de Atención de Salud en el Centro. Para servicios que no sean de emergencia, es responsabilidad del paciente asegurarse que su Plan ha autorizado los servicios solicitados en el Centro. El abajo firmante acepta que la denegación de pago por falta de autorización para servicios no emergentes será considerado una denegación de un beneficio no cubierto, y deberá ser pagado por el abajo firmante.

El/la abajo firmante confirma que él/ella ha leído y entendido el Acuerdo Financiero, la Cesión de Beneficios de Seguro, la obligación del Plan de Servicio de Atención de Salud y otras disposiciones aplicables arriba y ha recibido una copia de las mismas y que firma como paciente, representante legal del paciente o persona autorizada debidamente como agente general del paciente para celebrar lo anterior y aceptar sus condiciones.

Firma: Paciente, Representante Legal, Agente Fecha/Hora Parentesco Si No Es El Paciente Testigo
 No puede firmar

Acuerdo de Responsabilidad Financiera por otra persona distinta al Paciente o al representante legal del paciente: Por la presente me comprometo a aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y acepto las condiciones del Acuerdo Financiero, Cesión de Beneficios de Seguro, obligación del Plan de Servicio de Atención de Salud y otras disposiciones Incluidas arriba.

Parte Financieramente Responsable Fecha/Hora Testigo
 No puede firmar

ADMIT-11SP (7/13/12)



**ACUERDO FINANCIERO
(FINANCIAL AGREEMENT)**

